

[施設基準パーフェクトブック2022年度版 追補]

本書の発刊後の訂正通知による追補です。

- (1) 令和4年6月15日付 令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
 - 別添1 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日保医発0304第1号)の一部改正について
 - 別添2 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第2号)
 - 別添3 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第3号)
- (2) 令和4年6月29日付 令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について
 - 別添1 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日保医発0304第1号)
 - 別添2 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第2号)
 - 別添3 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第3号)
 - 別添5 官報掲載事項の一部訂正
- (3) 令和4年8月31日付 令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
 - 別添2 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第2号)
 - 別添3 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第3号)
- (4) 令和4年8月31日付「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
 - 別添1 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日保医発0304第1号)の一部改正について
- (5) 令和4年5月31日付保医発0531第3号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等について
 令和4年8月31日付保医発0831第5号 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正等について
- (6) 令和4年9月5日付厚生労働省告示第二百六十九号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件
- (7) 令和4年9月5日付付厚生労働省告示第二百七十号 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
- (8) 令和4年9月5日付付厚生労働省告示第二百七十一号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件
- (9) 令和4年9月5日付付保医発0905第1号医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱いについて
- (10) 令和4年9月5日付付保医発0905第2号 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項及び基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(看護の処遇改善)
- (11) 令和4年9月5日付付厚生労働省令第百二十四号 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令
- (12) 令和4年9月30日付 保医発0930第7号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
 - 別添1「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月4日保医発0304第1号)の一部改正について
- (13) 令和4年年11月15日付 保医発1115第9号 使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部改正等について
 - 3 特掲診療料告示の一部改正について

該当の項・箇所		改正前	改正後	通知
三の六 電子的保健医療情報の施設基準、第1の7 電子的保健医療情報活用加算	P55	下から7行目	三の六 電子的保健医療情報活用加算の施設基準 第1の7 電子的保健医療情報活用加算 算定告示及び算定通知	(削除) (6) (7)
	P56 P57	上から14行目		
三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準		(新規)	三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 「追補：令和4年10月改定」を確認ください。	(6) (7) (9)
A000 初診料	P58 右	上から15行目	14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から	(削除) (6)

			当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。			
A000 初診料	P58 右		(新規)	15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。		
A000 初診料	P62 左	上から14行目	(28) 電子的保健医療情報活用加算 「注14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、初診の場合であつて、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、月1回に限り3点を算定する。 (新設)	(削除)	A000 初診料	
				(29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア 「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。 ただし、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。 イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。 (イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式54を参考とする。		

A000 初診料	P62 左	上から14行目	<p>(28) 電子的保健医療情報活用加算</p> <p>「注14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和6年3月31日までの間に限り、月1回に限り3点を算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>(削除)</p> <p>(29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算</p> <p>ア 「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険医療機関の外来において、初診時に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を算定する。</p> <p>ただし、健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。</p> <p>イ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関においては、以下の事項について院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明する。</p> <p>(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。</p> <p>ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式54に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間問診票の項目について、別紙様式54を参考とする。</p>	(9)
A001 再診料	P70 左	上から12行目 下から5行目	<p>注1・2 (略)</p> <p>3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4～8 (略)</p> <p>9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>注1・2 (略)</p> <p>3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注17までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4～8 (略)</p> <p>9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注17までに規定する加算は算定しない。</p>	(6)

A001 再診料	P71 左	上から5行目	10～17 (略) 18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。	10～17 (略) (削除)	(6)
A002 外来診療料	P74 左	下から13行目	注1～4 (略) 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点(注2から注4までに規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。 6～9 (略)	注1～4 (略) 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点(注2から注4までに規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。 6～9 (略)	(6)
A002 外来診療料	P75 左	上から2行目	10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。	(削除)	(6)
第4の2 医師事務作業補助体制加算	P201 左	上から8行目	2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準 (3) 50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア 「(1) 15対1補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ 年間の緊急入院患者数が100名以上(75対1及び100対1補助体制加算については50名以上)の実績を有する病院であること。	2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準 (3) 50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア 「(1) 15対1補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ 年間の緊急入院患者数が100名以上(75対1及び100対1補助体制加算については50名以上)の実績を有する保険医療機関であること。	(1) 別添2
A 207-3 急性期看護補助体制加算	P206 左	下から2行目	(3) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(16)の例による。	(3) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(19)の例による。	(1) 別添1
A306 特殊疾患入院医療管理料(1日につき)	P346 右	上から7行目	注1～4 (略) 5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1の口及び2の口に限る。))、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。 6 (略)	注1～4 (略) 5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1の口及び2の口に限る。))、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。 6 (略)	(6)
A307 小児入院医療管理料(1日につき)	P351 左	上から24行目	1～5 (略) 注1～8 (略) 9 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注8までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療	1～5 (略) 注1～8 (略) 9 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注8までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療	(6)

			<p>養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>	<p>がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>	
A307 小児入院 医療管理 料（1日 につき）	P351 右	<p>上から 5行目</p> <p>10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	<p>10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	(6)	
		<p>上から 20行目</p> <p>11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>		
A308 回復期リ ハビリテ ーション 病棟入院 料（1日 につき）	P359 左	<p>上から 12行目</p> <p>1～5（略） 注1・2（略） 3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J04</p>	<p>1～5（略） 注1・2（略） 3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲</p>	(6)	

			<p>2に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>4・5（略）</p>	<p>ける看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>4・5（略）</p>	
A308-3 地域包括 ケア病棟 入院料 （1日につ つき）	P372 左	上から 18行目	<p>1～8（略）</p> <p>注1～5（略）</p> <p>6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7～12（略）</p>	<p>1～8（略）</p> <p>注1～5（略）</p> <p>6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7～12（略）</p>	(6)
A309 特殊疾患 病棟入院 料（1日につ つき）	P375 右	下から 21行目	<p>1・2（略）</p> <p>注1～4（略）</p> <p>5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>6（略）</p>	<p>1・2（略）</p> <p>注1～4（略）</p> <p>5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>6（略）</p>	(6)
A310 緩和ケア 病棟入院 料（1日につ つき）	P379 右	上から 5行目	<p>1・2（略）</p> <p>注1・2（略）</p> <p>3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分</p>	<p>1・2（略）</p> <p>注1・2（略）</p> <p>3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管</p>	(6)

			番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4 (略)	理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4 (略)	
A311 精神科救急急性期医療入院料(1日につき)	P383 左	下から12行目	1～3 (略) 注1 (略) 2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。))、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 3～6 (略)	1～3 (略) 注1 (略) 2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。))、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 3～6 (略)	(6)
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料(1日につき)	P387 右	下から14行目	1・2 (略) 注1 (略) 2 診療に係る費用(注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。))、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。 3・4 (略)	1・2 (略) 注1 (略) 2 診療に係る費用(注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。))、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。 3・4 (略)	(6)
A311-3 精神科救急・合併症入院料(1日につき)	P391 左	下から3行目	1～3 (略) 注1 (略) 2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2	1～3 (略) 注1 (略) 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001	(6)

			に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。 3～5 (略)	ー2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。 3～5 (略)	
A311-4 児童・思 春期精神 科入院医 療管理料 (1日に つき)	P393 右	下から 8行目	注1 (略) 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。	注1 (略) 2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。	(6)
A312 精神療養 病棟入院 料(1日 につき)	P397 左	下から 22行目	注1 (略) 2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導致料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。 3～7 (略)	注1 (略) 2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導致料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。 3～7 (略)	(6)
A314 認知症治 療病棟入 院料(1 日につ き)	P401 右	上から 24行目	1・2 (略) 注1～3 (略) 4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポ	1・2 (略) 注1～3 (略) 4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報	(6)

			<p>一ト体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法及び区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	
A317 特定一般 病棟入院 料（1日 につき）	P407 右	下から 11行目	<p>1・2（略） 注1～7（略） 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。 9（略）</p>	<p>1・2（略） 注1～7（略） 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。 9（略）</p>	(6)
A318 地域移行 機能強化 病棟入院 料（1日 につき）	P412 左	上から 6行目	<p>注1～3（略） 4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注1～3（略） 4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。</p>	(6)
A319 特定機能 病院リハ ビリテー ション病 棟入院料	P417 右	上から 3行目	<p>注1（略） 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケ</p>	<p>注1（略） 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調</p>	(6)

			ア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	
A400 短期滞在 手術等基 本料	P422 右	上から 24行目	1・2（略） 注1～3（略） 4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。	1・2（略） 注1～3（略） 4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（第1章第2部第5節看護職員処遇改善評価料、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。	(6)
A500 看護職員 処遇改善 評価料			(新設)	第十の二 看護職員処遇改善評価料の施設基準（新設） 1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 「追補：令和4年10月改定」を確認ください。	(6) (7) (10)
第4 経過措置 等	P428 右	上から 9行目	表2 施設基準が改正された入院基本料等 機能強化加算 歯科診療特別対応連携加算 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）（許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）（令和5年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関を除く。）及び地域一般入院基本料を除く。）（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）	表2 施設基準が改正された入院基本料等 機能強化加算 歯科診療特別対応連携加算 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）（許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）（令和5年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）及び地域一般入院基本料を除く。）（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）	(2) 別添2
第4 経過措置 等	P429	上から 13行目	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)の二に該当するものとみなす。	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)のホに該当するものとみなす。	(7)
第2 届出に関 する手続 き	P675	右 上から 5行目	4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。 (3)（略） 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）	4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。 (3)（略） 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）	(2) 別添3
第2 届出に関 する手続 き	P684	右 下から 1行目	6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）（内鼻V腫）第号	6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）（内鼻V腫）第号 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（鏡咽悪）第号	(2) 別添3
第2 届出に関 する手続 き	P686	右 上から 15行目	6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用い	6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるも	(2) 別添3

			るもの)及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)(腹腎摘出支)第号	の)及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)(腹腎摘出支)第号	
第2届出に関する手続き	P686左	下から17行目	6届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。 (略) 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)(腹胆床)第号	6届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。 (略) 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)(腹胆床)第号	(1)別添3
第2届出に関する手続き	P686左	上から25行目	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)(腹胃切支)第号 腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下噴門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)(腹側胃切支)第号 腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃全摘術内視鏡手術用支援機器を用いるもの(腹胃全)第号	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))(腹胃切支)第号 腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))(腹側胃切支)第号 腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合))及び腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの))(腹胃全)第号	(3)別添3
第2届出に関する手続き	P688右	上から17行目	7次の(1)から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行えば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。 (12)腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	7次の(1)から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行えば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。 (12)腹腔鏡下副腎摘出手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(2)別添3
B001-2小児科外来診療料(1日につき)	P747左	下から5行目	1・2(略) 注1・2(略) 3注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。 4(略)	1・2(略) 注1・2(略) 3注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。 4(略)	(6)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	P757 右	下から 21行目	1・2 (略) 注1 (略) 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。	1・2 (略) 注1 (略) 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 (注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。	(6)
		下から 15行目	3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。	3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 (注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。	
B001-2-8 外来放射線照射診療料	P759 右	下から 6行目	注1・2 (略) 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。	注1・2 (略) 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料 (注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。	(6)
B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1日につき)	P767 左	上から 19行目	1・2 (略) 注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料 (I)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料 (II)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料 (同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。 4 (略)	1・2 (略) 注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料 (I)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料 (II)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料 (同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。 4 (略)	(6)
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	P769 左	下から 19行目	1・2 (略) 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法 (別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料 (注6から注8までに規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料 (注4から注6までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料 (注7から注9までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。 2～7 (略)	1・2 (略) 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法 (別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料 (注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料 (注4から注6までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料 (注7から注9までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。 2～7 (略)	(6)

B100 禁煙治療 補助シス テム指導 管理加算	P824 右	下から 1行目	(新設)	<p>(3) 高血圧症治療補助プログラム加算</p> <p>ア 区分番号「A001」に掲げる再診料の「注12」の地域包括診療加算、区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料(月1回)又は区分番号「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者(入院中の患者を除く。)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関又は、地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。</p> <p>イ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、アプリによる治療開始時に区分番号「B100」に掲げる禁煙治療補助システム指導管理加算を準用して初回に限り算定する。</p> <p>ウ 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、区分番号「C150」に掲げる血糖自己測定器加算の「4」月60回以上測定する場合を準用して、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。</p> <p>エ 前回算定日から、平均して7日間のうち5日以上血圧値がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。</p> <p>オ アプリの使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針を遵守すること。</p>	(4) 別添1
D006-4 遺伝学的 検査	P900 右	上から 3行目	縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー	縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー	(2) 別添1
D006-19 がんゲノ ムプロフ ァイリン グ検査	P906 右	下から 13行目	第18の1の6 がんゲノムプロファイリング検査 2 届出に関する事項 (1) がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の4を用いること。 (2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。	2 届出に関する事項 (1) がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の4を用いること。 (2) 毎年7月において、当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数等について、別添2の様式23の4の2により地方厚生(支)局長に報告すること。	(1) 別添3
H000 心大血管 疾患リハ ビリテー ション料	P1008 左	上から 5行目	(1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2012年改訂版)」に基づいて実施すること。	(1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン)」に基づいて実施すること。	(1) 別添1

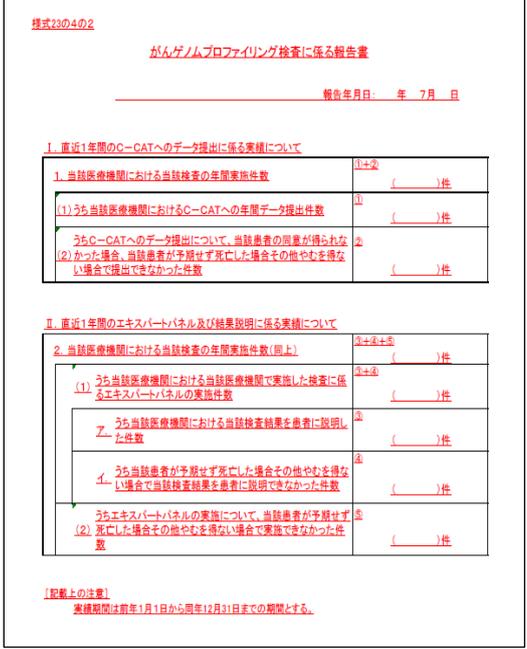
H001-2 廃用症候 群リハビリ テーション 料	P1020 左	下から 23行目	1～3 (略) 注1～4 (略) 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ～ハ (略) 6・7 (略)	1～3 (略) 注1～4 (略) 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ～ハ (略) 6・7 (略)	(6)
第十二 手術 一 医科点 数表第二 章第十部 手術通則 第4号に 掲げる手 術等の施 設基準等 (2)	P1120 P1121	下から 21行目 上から 11行目	(2) (中略)、 <u>経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術</u> (頭蓋底郭清、再建を伴うもの)、 <u>内喉頭筋内注入術</u> (ボツリヌス毒素によるもの)、 <u>喉頭形成手術</u> (甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。) (中略)、 <u>腹腔鏡下胆道閉鎖症手術</u> 、 <u>移植用部分肝採取術</u> (生体) (腹腔鏡によるものに限る。)	(2) <u>皮膚悪性腫瘍切除術</u> (センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)、 <u>皮膚移植術</u> (死体) (中略)、 <u>経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術</u> (頭蓋底郭清、再建を伴うもの)、 <u>鏡視下咽頭悪性腫瘍手術</u> (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)、 <u>内喉頭筋内注入術</u> (ボツリヌス毒素によるもの)、 <u>鏡視下喉頭悪性腫瘍手術</u> 、 <u>喉頭形成手術</u> (甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。) (中略)、 <u>腹腔鏡下胆道閉鎖症手術</u> 、 <u>腹腔鏡下肝切除術</u> 、 <u>移植用部分肝採取術</u> (生体) (腹腔鏡によるものに限る。)	(2) 別添5
第十二 手術 一 医科点 数表第二 章第十部 手術通則 第4号に 掲げる手 術等の施 設基準等 (2)のイ	P1121	下から 8行目 5行目	イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、 <u>椎間板内酵素注入療法</u> (中略)、 <u>腹腔鏡下胃縮小術</u> (スリーブ状切除によるもの)、 <u>膀胱水圧拡張術</u> 、 <u>ペースメーカー移植術</u> (中略) については、診療所 (椎間板内酵素注入療法、 <u>脊髄刺激装置植込術</u> 、 <u>脊髄刺激装置交換術</u> 、 <u>乳腺悪性腫瘍手術</u> 、 <u>膀胱水圧拡張術</u> 及び <u>腹腔鏡下仙骨腔固定術</u> については有床診療所に限り、 <u>植込型心電図記録計移植術</u> 及び <u>植込型心電図記録計摘出術</u> についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。) でもよいこととする。	イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、 <u>椎間板内酵素注入療法</u> (中略)、 <u>腹腔鏡下胃縮小術</u> (スリーブ状切除によるもの)、 <u>膀胱水圧拡張術</u> 、 <u>ハンナ型間質性膀胱炎手術</u> (経尿道)、 <u>ペースメーカー移植術</u> (中略) については、診療所 (椎間板内酵素注入療法、 <u>脊髄刺激装置植込術</u> 、 <u>脊髄刺激装置交換術</u> 、 <u>乳腺悪性腫瘍手術</u> 、 <u>膀胱水圧拡張術</u> 、 <u>ハンナ型間質性膀胱炎手術</u> (経尿道) 及び <u>腹腔鏡下仙骨腔固定術</u> については有床診療所に限り、 <u>植込型心電図記録計移植術</u> 及び <u>植込型心電図記録計摘出術</u> についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。) でもよいこととする。	(2) 別添5
第2章第 10部手 術 通則4	P1122	下から 11行目 右 上から 8行目	4 区分番号K007 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K014-2 (中略)、 <u>K343-2</u> 、 <u>K388-3</u> 、 <u>K400の3</u> (中略)、 <u>K684-2</u> 、 <u>K697-4の1</u>	4 区分番号K007 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K014-2 (中略)、 <u>K343-2</u> 、 <u>K374-2</u> 、 <u>K388-3</u> 、 <u>K394-2</u> 、 <u>K400の3</u> (中略)、 <u>K684-2</u> 、 <u>K695-2</u> 、 <u>K697-4の1</u>	(2) 別添5
第2章 11手術 K616-6	P1178	上から 7行目	経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して、 <u>経皮的下肢動脈形成術</u> を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。	経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して又は <u>切削吸引型血管形成用カテーテル</u> を使用し、 <u>大腿膝窩動脈の狭窄又は閉塞</u> に対して、 <u>経皮的下肢動脈形成術</u> を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。	(4) 別添1

第2章 11 手術 K695-2	P1236 右 1 行目	下から	第73 の2の2 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 1 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準 (5) 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算3例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間20 例以上実施しており、このうち、 <u>イの手術を10 例以上、ウ又はエの手術を10 例以上実施していること。</u> ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除） イ 肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの） ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除） エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの）	第73 の2の2 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 1 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準 (5) 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算3例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間20 例以上実施しており、このうち、 <u>ウ又はエの手術を10 例以上実施していること。</u> ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除） イ 肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの） ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除） エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの）	(3) 別添3
第4章 13 放射線 治療 M001-3	P1279 右 8 行目	下から	M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき） 算定（診療報酬）通知 (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、 <u>頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、</u>	M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき） 算定（診療報酬）通知 (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、 <u>頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）、脳動静脈奇形及び薬物療法による疼痛管理が困難な三叉神経痛に対して行った場合にのみ算定し、</u>	(12)
特掲診療 料 別表九	P1306		在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬 (略) サトラリズマブ製剤 ガルカネズマブ製材	在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬 (略) サトラリズマブ製剤 ガルカネズマブ製材 オフアツムマブ製材 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤	(5)
特掲診療 料 別表九	P1306		在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬 (略) サトラリズマブ製剤 ガルカネズマブ製材	在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬 (略) サトラリズマブ製剤 ガルカネズマブ製材 オフアツムマブ製材 ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤 アパロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤	(13) 3
基本診療 料の移設 基準に係 る届出書 添付書類 様式12の 7	P591		有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類	有床診療所急性期患者支援病床初期加算 有床診療所在宅患者支援病床初期加算 有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算 有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算 の施設基準に係る届出書添付書類	(1) 別添2

<p>基本診療料の移設基準に係る届出書添付書類様式40の17</p>	<p>P636</p>	<p>病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（7月報告）</p> <p>6 法令改正によりタスクシフトを可能とした業務の実施 □（ 年 月）</p> <p>【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。</p>	<p>病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（7月報告）</p> <p>6 法令改正によりタスクシフトを可能とした業務の実施 □（ 年 月）</p> <p>【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。</p> <p>ア 診療放射線技師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く。）、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 ・下部消化管検査（CTコロノグラフィ検査を含む。）のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為 ・上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為 ・医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査 <p>イ 臨床検査技師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直腸肛門機能検査（バルーン及びトランスデューサーの挿入（バルーンへの空気の注入を含む。）並びに抜去を含む。） ・持続皮下グルコース検査（当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。） ・運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極（針電極を含む。）の装着及び脱着 ・検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為 ・消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為 ・静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為 ・超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為 <p>ウ 臨床工学技士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去 ・心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為 ・手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為 <p>エ 救急救命士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※においても実施可能とされた行為 <p>※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことをさす。</p>	<p>(1) 別添2</p>
------------------------------------	-------------	---	--	--------------------

基本診療料の施設基準に係る届出書添付書類様式 42	P638	救命救急入院料、特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類 上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること） （ ）当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。 （ ）当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。	救命救急入院料、特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類 上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること） （ ）当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。 （ ）当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。 （ ）当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。	(1) 別添 2
基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式 50	P656	地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の施設基準に係る届出書添付書類 ⑤ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） ⑦ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） ⑨ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の施設基準に係る届出書添付書類 ⑤ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） ⑦ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） ⑨ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	(3) 別添 2
基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式 50 の 2	P658	地域包括ケア入院医療管理料 1・2・3・4（いずれかに○）等の施設基準に係る届出書添付書類 ⑤ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） ⑦ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	地域包括ケア入院医療管理料 1・2・3・4（いずれかに○）等の施設基準に係る届出書添付書類 ⑤ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） ⑦ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）	(3) 別添 2
基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式 53	P661	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] （略） 4 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。 （1）精神科救急・合併症入院料並びに急性期医師配置加算を算定しない精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算 1 を算定する場合を除く）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算 1 又は 2 の口を算定する場合を除く） （イ） ≥ 0.4 （略）	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] （略） 4 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。 （1）精神科救急・合併症入院料並びに精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算 1 を算定する場合を除く）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算 1 又は 2 の口を算定する場合を除く） （イ） ≥ 0.4 （略）	(2) 別添 2
基本診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式 54 の 2	P663	精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績 （略） ② ①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合 （略）	精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績 （略） ② ①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び①に対する割合 （略）	(2) 別添 2

特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式8の2	P1341	ニコチン依存症管理料に係る報告書 <table border="1" data-bbox="363 174 842 398"> <tr> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> <tr> <td>ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)</td> <td>⑧ 回</td> </tr> </table> <p>・喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ① % (略)</p>	(略)	(略)	ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧ 回	ニコチン依存症管理料に係る報告書 <table border="1" data-bbox="938 174 1417 723"> <tr> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> <tr> <td>ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)</td> <td>⑧ 回</td> </tr> <tr> <td>①のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者</td> <td>⑨ 名</td> </tr> <tr> <td>②のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者</td> <td>⑩ 名</td> </tr> <tr> <td>③のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者</td> <td>⑪ 名</td> </tr> </table> <p>・喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ① % (略)</p>	(略)	(略)	ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧ 回	①のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑨ 名	②のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑩ 名	③のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑪ 名	(1) 別添3						
(略)	(略)																							
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧ 回																							
(略)	(略)																							
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧ 回																							
①のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑨ 名																							
②のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑩ 名																							
③のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者	⑪ 名																							
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類様式5の12の2	P1332	生殖補助医療管理料に係る報告書 <p>1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項） (略)</p> <table border="1" data-bbox="355 1070 850 1205"> <tr> <th>1-2 治療内容</th> <th>治療の種類</th> <th>年間実施件数 (年)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> <p>(略)</p> <p>2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載）</p> <table border="1" data-bbox="347 1339 858 1496"> <tr> <td>2-1 治療実績について</td> </tr> <tr> <td>○ 前年1年間に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績 (略)</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="347 1529 858 1664"> <tr> <td>2-2 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年1年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)</td> </tr> </table> <p>[記載上の注意] (略)</p> <p>5 「1-2」の治療内容、「2-1」の治療実績及び「2-2」の来院患者情報については、報告の前年1年間（前年の1月から12月まで）の実績を記載すること。</p>	1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年)		(略)	(略)	2-1 治療実績について	○ 前年1年間に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績 (略)	2-2 来院患者情報	○ 前年1年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)	生殖補助医療管理料に係る報告書 <p style="text-align: right;">医療機関名： 報告年月日： 年 7 月 日</p> <p>1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項） (略)</p> <table border="1" data-bbox="898 1070 1425 1205"> <tr> <th>1-2 治療内容</th> <th>治療の種類</th> <th>年間実施件数 (年度)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> <p>(略)</p> <p>2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載）</p> <table border="1" data-bbox="898 1339 1425 1462"> <tr> <td>2-1 治療実績について</td> </tr> <tr> <td>○ 前年度に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績 (略)</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="898 1529 1425 1664"> <tr> <td>2-2 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)</td> </tr> </table> <p>[記載上の注意] (略)</p> <p>5 「1-2」の治療内容、「2-1」の治療実績及び「2-2」の来院患者情報については、報告の前年度1年間の実績を記載すること。</p>	1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)		(略)	(略)	2-1 治療実績について	○ 前年度に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績 (略)	2-2 来院患者情報	○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)	(1) 別添3
1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年)																						
	(略)	(略)																						
2-1 治療実績について																								
○ 前年1年間に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績 (略)																								
2-2 来院患者情報																								
○ 前年1年間に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)																								
1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)																						
	(略)	(略)																						
2-1 治療実績について																								
○ 前年度に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績 (略)																								
2-2 来院患者情報																								
○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数） (略)																								

特掲診療料の施設基準等に 係る届出書添付書類 様式 23 の 4	P1378	がんゲノムプロファイリング検査、遺伝性腫瘍カウンセ セリング加算の施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] 4 「10」から「13」について、実績期間は前年1月 1日から当年12月31日までの期間とする。ただし、 実績のない保険医療機関が新規で届け出る場合、届出 時点においては記載不要である。	がんゲノムプロファイリング検査、遺伝性腫瘍カウンセ リング加算の施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] 4 「10」から「13」について、実績期間は前年1月1日 から同年12月31日までの期間とする。ただし、実績のな い保険医療機関が新規で届け出る場合、届出時点におい ては記載不要である。	(1) 別添 3										
特掲診療料の施設 基準等に 係る届出 書添付書 類 様式 23 の 4 の 2	P1378	(新設)	がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書 	(1) 別添 3										
特掲診療料の施設 基準等に 係る届出 書添付書 類 様式 42	P1411	リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつ けた場合には、「リハビリテーション科の医 師の氏名」欄に記載すること。なお、当該医師につい ては、リハビリテーションに専ら従事して いる医師であること。また、週3日以上常態として勤 務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤 務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を 組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常 勤換算」の□に「✓」を記入すること。	リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた 場合には、「リハビリテーション科の医 師の氏名」欄に記載すること。なお、当該医師につい ては、リハビリテーションに専ら従事して いる医師であること。また、週3日以上常態として勤務 しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を 行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合 わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」 の□に「✓」を記入すること。	(3) 別添 3										
特掲診療料の施設 基準等に 係る届出 書添付書 類 様式 42 の 2	P1411	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書 2. 患者の状態等について (略) <table border="1" data-bbox="359 1646 837 2027"> <tr> <td rowspan="2">例</td> <td>1) 年齢</td> <td>2)要介護度 【選択肢】 1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5</td> </tr> <tr> <td>75</td> <td>6</td> </tr> </table> (略)	例	1) 年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5	75	6	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書 2. 患者の状態等について (略) <table border="1" data-bbox="917 1646 1428 2027"> <tr> <td rowspan="2">例</td> <td>1) 年齢</td> <td>2)要介護度 【選択肢】 1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5 8.該当無し</td> </tr> <tr> <td>75</td> <td>6</td> </tr> </table> (略)	例	1) 年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5 8.該当無し	75	6	(1) 別添 3
例	1) 年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5												
	75	6												
例	1) 年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5 8.該当無し												
	75	6												

特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 54	P1446	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類 3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の年間実施症例数（5例以上）	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類 3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（5例以上）	(2) 別添 3																
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 54 の 4	P1448	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））の施設基準に係る届出書添付書類 3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の年間実施件数（合わせて50例以上）	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））の施設基準に係る届出書添付書類 3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の実施件数（合わせて50例以上）	(2) 別添 3																
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 54 の 6	P1449	網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類 4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の年間実施数（10例以上）	網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類 4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10例以上）	(2) 別添 3																
特掲診療料の施設基準等に係る届出書添付書類 様式 87 の 42 の 2	P1541	精巣内精子採取術に係る報告書 1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）（略） <table border="1" data-bbox="344 1198 858 1361"> <tr> <td>1 - 2 治療内容</td> <td>治療の種類</td> <td>年間実施件数 (年)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> 2 来院患者情報について（任意記載） <table border="1" data-bbox="344 1424 839 1590"> <tr> <td>2 - 1 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）（略）</td> </tr> </table> [記載上の注意] 4 「1 - 2」の治療内容及び「2 - 2」の来院患者情報については、報告の前年1年間（前年の1月から12月まで）の実績を記載すること。	1 - 2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年)		(略)	(略)	2 - 1 来院患者情報	○ 前年に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）（略）	精巣内精子採取術に係る報告書 <div style="text-align: right;"> 医療機関名： 報告年月日： 年 7 月 日 </div> 1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）（略） <table border="1" data-bbox="896 1198 1417 1361"> <tr> <td>1 - 2 治療内容</td> <td>治療の種類</td> <td>年間実施件数 (年度)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(略)</td> <td>(略)</td> </tr> </table> 2 来院患者情報について（任意記載） <table border="1" data-bbox="896 1424 1410 1590"> <tr> <td>2 - 1 来院患者情報</td> </tr> <tr> <td>○ 前年度に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）（略）</td> </tr> </table> [記載上の注意] 4 「1 - 2」の治療内容及び「2 - 2」の来院患者情報については、報告の前年度1年間の実績を記載すること。	1 - 2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)		(略)	(略)	2 - 1 来院患者情報	○ 前年度に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）（略）	(1) 別添 3
1 - 2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年)																		
	(略)	(略)																		
2 - 1 来院患者情報																				
○ 前年に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）（略）																				
1 - 2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)																		
	(略)	(略)																		
2 - 1 来院患者情報																				
○ 前年度に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）（略）																				

3.保険医療 機関・保 険医療養 担当規則	P1627	上から 10行目	<p>(受給資格の確認)</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない</p> <p>一 健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下法」という。）第三条第十三項に規定する電子資格確認</p> <p>二 患者の提出する被保険者証</p> <p>(新設)</p>	<p>(受給資格の確認等)</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>(削除)</p> <p>2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「という。）又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「という。）」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて電子資格確認により」とする。</p> <p>3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第五条第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第六条第一項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。</p> <p>4 保険医療機関（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない</p>	(11)
3.保険医療 機関・保 険医療養 担当規則	P1627	上から 30行目	<p>(被保険者証の返還)</p> <p>第四条 保険医療機関は、<u>第三条第二号に掲げる方法</u>により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない</p>	<p>(被保険者証の返還)</p> <p>第四条 保険医療機関は、<u>患者の提出する被保険者証</u>により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。</p>	(11)
第5章 第十厚生 労働大臣 が定める 注射薬	P1664 左	下から 17行目	<p>第十 厚生労働大臣が定める注射薬</p> <p>一 (略) レムデシビル製剤及びガルカネズマブ製剤</p>	<p>第十 厚生労働大臣が定める注射薬</p> <p>一 (略) レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、<u>オフアツムマブ製剤</u>、<u>ボソリチド製剤</u>及びエレスマブ製剤</p>	(5)

〈参考〉令和4年度診療報酬改定について（厚生労働省ホームページ）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html